

Departamento de Servicios Sociales de South Carolina
AVISO DE VENCIMIENTO

Sus FS terminarán el:
 Para recibir cupones de alimentos (FS) y/o FI sin interrupción, usted debe completar y devolver a la oficina local de DSS el formulario que se encuentra a continuación con todas las pruebas de ingresos tan pronto como le sea posible, pero no mas tarde del:

IMPORTANTE – POR FAVOR LEA ESTO

- RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS DEL FORMULARIO. SI EL ESPACIO EN EL FORMULARIO NO ES SUFICIENTE MENTE GRANDE PARA SU RESPUESTA, USTED PUEDE ADJUNTAR HOJAS.
- FALLAR EN RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS CORRECTAMENTE O NO DEVOLVER EL FORMULARIO PARA LA FECHA LÍMITE PUEDE RETRASAR, REDUCIR O DETENER SUS CHEQUES DE FI Y/O CUPONES DE ALIMENTOS.
- SU TRABAJADOR DE CASO PUEDE CONTACTARLE PARA PEDIRLE PRUEBAS ADICIONALES SOBRE LA INFORMACIÓN QUE USTED PROVEA EN ESTE FORMULARIO.

**FORMULARIO PROVISIONAL
 PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS**

DATE RECEIVED- OFFICE USE ONLY	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INSTRUCCIONES:

Por favor, responda todas las preguntas.
 Si usted necesita ayuda con este formulario, llame al:

NOMBRE DEL CASO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE CASO	IDENTIFICACIÓN DE CASO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CERTIFICACIÓN DE CUPONES DE ALIMENTOS HASTA LA FECHA	
<input type="text"/>	
IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
<input type="text"/>	

Nosotros estamos conduciendo una revisión anual para su elegibilidad de cupones de alimentos. Por favor responda todas las preguntas del formulario. Nosotros le informaremos si el nivel de sus beneficios cambia.

- ¿Es correcta la dirección anotada en este formulario? Sí No
 Si no es correcta, por favor anote su nueva dirección y la cantidad que paga de vivienda.
 Dirección: _____
 Renta/Hipoteca: _____ Seguro del Propietario: _____ Impuestos de Propiedad: _____
 ¿Paga usted los costos de calentar o enfriar su casa? Sí No
 Si la respuesta es no, liste las utilidades que usted paga: _____
- Se ha mudado alguien fuera o dentro de su casa en los últimos 12 meses. Sí No
 ¿Quién se mudo a su casa? Nombre: _____ Parentesco: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
 ¿Compra y prepara esta persona la comida con usted? Sí No
 ¿Quién se mudo fuera?: _____
- Liste cualquier dinero que usted recibe cada mes.
 Fuente de Ingresos: _____ Cantidad: _____ ¿Quién lo recibe?: _____
 Fuente de Ingresos: _____ Cantidad: _____ ¿Quién lo recibe?: _____
 Fuente de Ingresos: _____ Cantidad: _____ ¿Quién lo recibe?: _____
 Fuente de Ingresos: _____ Cantidad: _____ ¿Quién lo recibe?: _____
- Usted puede hacer cambios en este formulario una vez al año sobre sus deducciones médicas.
 - Desembolso para costos de prescripciones – envíenos pruebas de los costos de prescripciones para los últimos 12 meses. Usted puede adjuntar una lista detallada de la farmacia de los costos de sus prescripciones.
 - Gastos médicos que usted ha incurrido en los últimos 12 meses, los cuales usted ha pagado o debe, envíenos pruebas de estos gastos. Esto incluye visitas al doctor, visitas al hospital, etc.
 - Prima de seguro de salud que usted está pagando que sea diferente a Medicare – Envíenos prueba del monto de esta prima.**Por favor note:** Si las pruebas de gastos médicos no son entregadas, no se le dará una deducción.
- ¿Sabe usted si algo cambiará en la situación de su hogar en los siguientes 12 meses? Sí No
 Si la respuesta es sí, por favor escriba: _____

Al firmar a continuación, yo doy fe que la información dada anteriormente es verdadera y correcta.

Firma: _____
 Fecha: _____ Teléfono: _____